

ケアプランの作成のない被保険者が介護保険の住宅改修を行う場合に提出してください。

本書は、理由書を作成した事業者が必要とする書類です。区役所確認後は、事業者にお渡しください。

介護保険 住宅改修理由書作成確認書

承認通知書

※交付されたことを確認してから申請書を提出してください。

交付確認

月 日

すべて記入してください。

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
改修住所 (被保険者証住所)	神戸市 区		
住宅改修 事前承認願書 提出日	令和 年 月 日		居宅(介護予防)サービス計画等作成の有無の判断基準日になります
被保険者確認欄	令和 年 月 日		
ケアプランに基づいて、介護(予防)サービスを利用していないことを確認してください。	<p>基準日(事前承認願書提出日)において 前月及び当月のケアプラン(居宅(介護予防)サービス計画)の 作成はありません。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 (自署)</p> <p style="text-align: center;">(自署が困難な場合は、記名・押印してください。)</p> <p>●ケアプランとは</p> <p>介護(予防)サービスを適切に利用できるように、ケアマネジャー等が作成する居宅(介護予防)サービス計画(月単位)のことで、この計画に基づいて在宅でホームヘルプサービス、デイサービス、福祉用具貸与、その他のサービスを利用します。</p>		

理由書作成者の所属事業所の名称・所在地	名称 所在地 電話番号
理由書作成の資格	1. 介護支援専門員 2. 介護予防支援事業所担当職員 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上 6. 増改築相談員(本市研修修了者)
理由書作成者 氏名	

※ 神戸市記入欄	ケアプラン作成 依頼届 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	上記のとおり確認しました。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 介護医療係確認印 確認印無きものは無効 </div>
	給付実績 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	承認通知 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 交付申請 (. .) <input type="checkbox"/> 交付決定 (. .)		
		令和 年 月 日	
		神戸市 区	
		総務部 保険年金医療課 北須磨支所 市民課	